3

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

MODIFICATION

AU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

DU BEC-DE-LIÈVRE,

PAR

Le Dr VERHAEGHE, d'Ostende,

Membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,
Correspondant de la Société de Chirurgie de Paris et de la Société
Médico-Chirurgicale de Bruges, etc. etc.

BRUGES,

IMPRIMERIE DE VANHEE-WANTE, RUE NOTRE-DAME.

1856.

MODIFICATION

AU

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DU BEC-DE-LIÈVRE.

Une opération chirurgicale, quelque simple qu'elle puisse paraître, est toujours une chose assez importante pour que toute proposition qui a pour objet de la perfectionner, mérite de fixer l'attention de ceux qui s'occupent spécialement de cette branche de l'art de guérir. Cela est peut-être encore plus fondé lorsqu'il s'agit d'une opération plastique; car c'est bien ici que la chirurgie joue son plus beau rôle, puisqu'elle tend à corriger et à embellir la nature. C'est pourquoi l'art ne saurait jamais faire assez d'efforts pour arriver à ce qui constitue une véritable perfection.

L'opération du bec-de-lièvre, malgré les occasions fréquentes qu'on a de la pratiquer, est du nombre de celles qui laissent encore à désirer; car, dans les cas les plus simples, on est souvent loin d'avoir enlevé toute la difformité, quelque habile que soit la main qui a opéré.

Il reste, en effet, presque toujours sur le bord libre de la lèvre, au niveau de la cicatrice, un angle rentrant, espèce d'encoche qui ne fait qu'augmenter avec le temps. Les chirurgiens les plus éminents de toutes les époques se sont constamment efforcés de prévenir cette imperfection, sans que cependant il soit possible de dire qu'ils aient réussi jusqu'à présent.

L'école de Desault n'avait su inventer d'autre moyen pour parer à cet inconvénient, que la manière de placer l'aiguille la plus rapprochée du bord libre de la lèvre. Cet illustre maître donne le conseil d'introduire cette aiguille très-obliquement de bas en haut pour le côté gauche de la division anormale, et de la faire sortir en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas, pour le côté droit, pensant qu'à cette condition l'encochure serait en quelque sorte impossible. Mais les suites ne tardèrent pas à montrer qu'il s'était singulièrement mépris sur le résultat final de cette manière de procéder.

Plus tard Dieffenbach exécuta le procédé connu, en France, sous le nom d'avivement elliptique, qui consiste à donner à chacun des bords avivés une forme concave, de sorte qu'ils ne ressemblent pas mal à deux parenthèses se regardant par leur concavité. Il est aisé de se figurer le résultat que l'opérateur s'en était promis. En effet, en rapprochant ces deux bords creux et en les forçant, par la suture, à se mettre en contact, on les redresse, et la ligne qu'ils représentent, de courbe qu'elle était d'abord devient droite, s'allonge et dépasse, en bas, le niveau du bord libre de la lèvre où elle donne lieu à une espèce de tubercule saillant. Malgré cette perspective d'une issue heureuse, il est rare cependant que l'encochure ne se forme pas comme après le procédé de Desault. Ces insuccès engagèrent M. Malgaigne à faire

de nouvelles tentatives pour prévenir cet inconvénient. Le professeur de Paris cherche à remplir l'angle rentrant par une petite portion des deux lambeaux qu'on détache dans l'avivement ordinaire, et que lui conserve, au lieu de les enlever tout-à-fait. Pour cela, il pratique l'avivement de haut en bas et arrête la marche de l'instrument tranchant à deux millimètres du bord libre de la lèvre. Les petits lambeaux qui en résultent sont alors renversés de haut en bas et on les affronte par leurs surfaces saignantes. On termine en enlevant l'excédent des petits lambeaux qu'on a préalablement réunis dans une étendue suffisante pour remplir l'espace occupé par l'angle rentrant.

Ce procédé constitue un véritable progrès : mais réalisera-t-il les espérances de son inventeur? L'expérience ne paraît pas avoir répondu encore d'une manière définitive à cette question.

En Angleterre, M. Fergusson a suivi un procédé emprunté à celui de M. Malgaigne. Il ne se sert que d'un seul des deux petits lambeaux pour remplir l'encochure, et enlève l'autre comme à l'ordinaire.

Toutes ces tentatives prouvent que l'art n'a pas dit son dernier mot au sujet de cette opération.

Le procédé suivant, employé généralement à la clinique de l'université de Berlin, paraît devoir obvier d'une manière certaine à l'inconvénient que les opérateurs de tous les pays ont cherché à éviter ; il semble répondre à toutes les exigences ; aussi de nombreuses applications sont-elles venues témoigner de sa supériorité entre les mains du professeur Langenbeck.

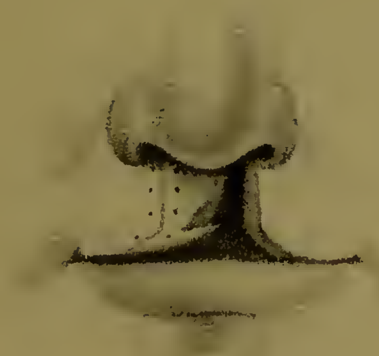
Voici la description de cet ingénieux procédé : après avoir détaché la lèvre des gencives là où c'est nécessaire, on commence par enlever au moyen d'un coup de ciseaux, le sommet de l'angle obtus qui résulte de la rencontre

du bord externe du bec-de-lièvre, — celui qui se trouve être à la droite du chirurgien quand la division anormale se trouve à gauche, comme c'est l'ordinaire, — avec le bord libre de la lèvre. Après cela on avive ce côté, de bas en haut, comme dans le procédé habituel.

Ensuite, on fait sur l'angle formé par la rencontre du bord opposé du bec-de-lièvre avec le bord libre de la lèvre, une petite entaille, légèrement oblique de haut en bas, qui doit intéresser toute l'épaisseur des tissus et avoir trois lignes de longueur; on avive alors ce côté, de bas en haut, en commençant immédiatement au-dessus du petit lambeau triangulaire qui résulte de cette entaille, et qui reste libre et pendant jusqu'au moment où on en aura besoin pour lui faire remplir l'office auquel il est destiné. Arrivé là, on place les épingles; puis, on ramène le petit lambeau dans l'échancrure où il vient s'adapter pour ainsi dire de lui-même, et on l'y fixe au moyen d'un ou de deux points de suture entrecoupée, pour laquelle on se sert de très-fines aiguilles; — le tissu labial, rosé, dont le bord inférieur de ce petit lambeau est recouvert, vient ainsi se continuer d'une manière non interrompue avec le tissu analogue du bord libre de la lèvre et il ne peut plus rester la moindre trace de la difformité qui avait existé auparavant

Le dessin ci-contre, fera aisément comprendre la description qui vient d'être donnée.

J'ai eu l'occasion de mettre à exécution cette manière d'opérer, sur trois enfants très-jeunes, — deux de huit jours et un de quatre mois, — et, chaque fois, le résultat a été on ne peut plus satisfaisant. Chez l'un de ces enfants, le bec-de-lièvre était simple, c'est-à-dire qu'il n'y avait point de division de la voute palatine ni du voile du palais : chez les deux autres, il y avait com-



plication de la division complète de ces deux parties, et en même temps, applatissement considérable de l'aile du nez du côté de la difformité; de sorte qu'il fallait, ici, détacher, au loin, la lèvre supérieure de l'os maxillaire, afin de rendre au nez sa forme normale.

Les épingles dont je me sers, en général, pour la suture entortillée, sont des épingles à insectes, dites de Carlsbad, dont la pointe est applatie et aiguisée en forme de fer de lance. Le fil, au lieu d'être du fil ordinaire ciré, est du coton à tricôter, assez gros, qui offre l'avantage d'être élastique, de se prêter facilement au gonflement des parties et de couper celles-ci infiniment moins que le fil ordinaire : chaque point de suture doit rester isolé; c'est-à-dire qu'il est inutile de conduire le fil successivement de l'une épingle à l'autre, et de rendre ainsi l'un point de suture solidaire de son voisin.

Après que chaque épingle est entourée de son fil, en huit de chiffre, on en coupe les extrêmités, qu'on aura d'abord un peu pliées en avant afin de les éloigner de la peau qu'elles ne pourront plus blesser. Toute la partie est ensuite enduite d'une solution de gutta-percha dans du chloroforme — solution qui doit avoir la consistance de mucilage : — ceci a pour effet de préserver la réunion du contact de l'air et des divers liquides qui pourraient l'irriter. Le chloroforme en s'évaporant laisse une pellicule mince de gutta-percha adhérente à la peau, pellicule assez résistante pour aider encore à maintenir les parties rapprochées.

On peut déjà songer à enlever les sutures vingt-quatre heures après l'opération. On ôte d'abord le fil de la suture entre-coupée; puis après douze heures de plus, on retire une des épingles, et enfin après trente-six heures ou quarante huit, — on enlève le reste. Les fils peu-

vent rester encore un jour ou deux pour aider à la solidité de la réunion. En laissant les épingles trop longtemps dans les tissus, on risque, chez les jeunes enfants surtout, à les voir devenir une cause d'irritation, qui entraine si facilement à sa suite une supuration, toujours à craindre dans les opérations plastiques.

